15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 février 1886, à 1 heure

Par Gaspard GUYARD

Né à Briarres-sur-Essonne (Loiret), le 1er juin 1857

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES CHÉLOÏDES

Président : M. LANNELONGUE, *professeur*.

Juges : MM. { LE DENTU, *professeur*,
JOFFROY, RECLUS, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 février 1886, à 1 heure

Par Gaspard GUYARD

Né à Briarres-sur-Essonne (Loiret), le 1er juin 1857

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DES CHÉLOÏDES

Président : M. LANNELONGUE, *professeur*.

Juges : MM. { LE DENTU, *professeur*, JOFFROY, RECLUS, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. J. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	G. SÉE. HARDY. POTAIN. JACCOUD.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRÉLAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	PAJOT

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeurs honoraires.

MM. GOSSELIN. — BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM. BLANCHARD	MM. GUEBHARD	MM. PEYROT	MM. RIBEMONT-DESSAIGNES
BOUILLY	HALLOPEAU	PINARD	RICHELOT
BUDIN	HANOT	POUCHET	RICHET
CAMPENON	HANRIOT	QUINQUAUD	ROBIN (Albert)
CHARPENTIER	HUMBERT	RAYMOND	SEGOND
DEBOVE	HUTINEL	RECLUS	STRAUS
FARABEUF, chef des travaux anatomiques	JOFFROY	RÉMY	TERRILLON
GARIEL	KIRMISSON	RENDU	TROISIER
	LANDOUZY	REYNIER	
	LUTZ		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien de l'hôpital Trousseau

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES CHÉLOÏDES

INTRODUCTION. — DIVISION

Faire un travail d'ensemble sur les différentes méthodes de traitement employées contre les chéloïdes, en signaler les inconvénients, et montrer les résultats que l'on est en droit d'attendre de chacune d'elles, tel est le modeste but que nous nous sommes proposé en choisissant ce sujet pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous avons divisé ce travail en deux parties : dans la première, nous faisons l'étude du traitement médical ; dans la seconde, celle du traitement chirurgical, comprenant lui-même deux méthodes bien distinctes : l'extirpation et les sacrifications.

Avant de commencer, qu'il nous soit permis d'exprimer à MM. Monod et Le Dentu, chirurgiens des hôpitaux, à MM. Vidal et Brocq, médecins des hôpitaux, notre vive reconnaissance pour l'extrême obligeance avec laquelle ils nous ont donné des conseils et communiqué leurs observations.

Nous remercions bien sincèrement MM. Berthod,

Secheyron et Marciguey, internes des hôpitaux, auxquels nous devons plusieurs de nos observations.

Nous prions M. le professeur Lannelongue, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, de recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

TRAITEMENT MÉDICAL

Par traitement médical, nous entendons celui qui a pour but, soit de guérir, soit de soulager les malades atteints de chéloïdes, et consistant dans des préparations prises à l'intérieur, ou encore dans des applications locales de topiques, d'émollients, etc... Nous y joindrons l'étude de la compression, bien que ce ne soit pas là une méthode médicale à proprement parler, désirant conserver le nom de traitement chirurgical, à ce moyen seulement, qui nécessite l'emploi des caustiques ou de l'instrument tranchant.

C'est Alibert, qui, le premier, s'occupa du traitement de cette affection ; et il a varié, pour arriver au soulagement des malades, les topiques à l'infini. Il appliqua sur les chéloïdes des pulpes fraîches de morelle, de jusquiame, de belladone, des emplâtres d'opium, de ciguë, des pommades mercurielles et iodées, sans obtenir de résultats satisfaisants. Il employa les bains de vapeur, les douches, les eaux minérales naturelles et factices de Naples, Barèges, Plombières, Balaruc, etc... sans en obtenir d'autre résultat qu'une légère diminution des douleurs au moment où il les employait. Quant aux tumeurs elles-mêmes, elles

paraissaient s'affaisser un peu, mais pour reprendre leur volume primitif dès qu'on cessait la médication. Les remèdes administrés à l'intérieur (pilules de ciguë, d'aconit, préparations iodées ou mercurielles) n'ont pas produit un effet meilleur ; cependant il donnait le conseil d'y avoir recours pour soulager les malades, dans les cas où la tumeur était le siège de douleurs.

Cazenave conseilla l'emploi d'une pommade au protoïodure de mercure ; mais ce moyen ne paraît pas avoir produit de meilleurs effets.

Gintrac, de Bordeaux, considérant que les topiques, les excitants, les résolutifs, les astringents, non seulement ne donnaient aucun succès, mais encore pouvaient être nuisibles dans nombre de cas, conseilla de les rejeter et d'employer les émollients si la tumeur présentait de la chaleur et de la rougeur, et de faire usage de sédatifs narcotiques si la chéloïde était le siège de douleurs vives. Il cite un cas dans lequel il se trouva bien de l'emploi des émollients.

Observation I

B..., entrepreneur de travaux, de haute taille, maigre, brun, fut atteint, à l'âge de 36 ans, d'une pneumonie, dans le cours de laquelle des vésicatoires furent appliqués aux cuisses. Il y avait six mois qu'il était guéri lorsqu'il vint me consulter pour des tumeurs formées sur la cicatrice de l'un des vésicatoires. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs semaines que B... sentit un picotement singulier à la cuisse droite, irritation qu'augmentait le frottement du pantalon. Il se forma insensiblement sur la cicatrice du vésicatoire des plaques inégales, dures, rougeâtres, à surface lisse, avec développement de quelques vésicules aux environs. Ces tumeurs étaient le siège de sensations pénibles. Je lui recommandai l'usage de bains simples, à peine tièdes, de larges

cataplasmes de riz sur la cuisse pendant la nuit, et, pour le jour, des caleçons de toile pour empêcher le frottement. B... est très sobre et de mœurs fort régulières. Le mal fut enrayé; les plaques chéloïdiennes ont diminué, elles ont perdu de leur sensibilité, et maintenant, presqu'effacées, elles incommodent peu B...

Gintrac insiste beaucoup également sur une hygiène convenable, le séjour à la campagne et les bains de mer.

Cabot, de Boston, a conseillé l'application sur la tumeur, de teinture d'iode étendue et de la poudre coton, laquelle aurait rendu les tumeurs blanchâtres et fait disparaître les veines adjacentes.

Wilson conseilla à l'intérieur, trois fois par jour, dix gouttes de liqueur de Donavan. Firmin aurait retiré quelque avantage de l'iodure de potassium.

Bazin, si la chéloïde n'est pas douloureuse et peu gênante, soit par son volume, soit par sa situation, croit préférable de l'abandonner à elle-même, en ayant soin seulement de la préserver du contact des vêtements, et d'écarter les causes d'irritation. Cet isolement pourra être obtenu, soit au moyen d'un simple carré de diachylon ou de taffetas gommé, soit par l'application, à la surface, d'une couche de collodion.

Dans un cas de chéloïdes multiples, disséminées sur tout le corps, Bazin obtint de bons effets de l'emploi des bains de mer ; mais son avis est, qu'en général, il faut se borner à l'emploi des moyens palliatifs.

On a signalé d'ailleurs à la suite de ce traitement des guérisons ; et Lhonneur rapporte dans sa thèse l'observation d'une femme, âgée de 35 ans, qui, depuis plusieurs années, portait sur l'épaule droite une chéloïde doulou-

reuse. M. Guérin conseilla à cette femme l'application, sur sa tumeur, de papier chimique, dans le seul but de la soustraire au contact irritant des vêtements. La malade fut rapidement guérie.

Il existe une grande analogie entre cette observation et celle que nous avons citée (observation I). Dans les deux cas, en effet, les tumeurs sont douloureuses, enflammées, et cette douleur et cette irritation sont entretenues par le contact des vêtements ; soumises au même traitement elles guérissent. En présence de ce résultat, n'est-il pas permis de se demander si l'on ne s'est pas trouvé là en présence de ces chéloïdes qui ont une tendance à la guérison spontanée, guérison qui n'avait été empêchée jusque-là que par une irritation continuelle, due au frottement des vêtements et qui, du jour où cette cause fut écartée, évoluèrent librement vers leur terminaison fatale? Cette tendance des chéloïdes à la guérison spontanée a été signalée par nombre d'auteurs ; Alibert en a cité deux cas.

Quoi qu'il en soit, que la guérison ait été spontanée ou due au traitement, les faits prouvent que celui-ci a eu une certaine efficacité et on pourrait, le cas échéant, y avoir recours, sans trop pourtant compter sur un résultat aussi favorable. M. le professeur Hardy est d'avis qu'il faut, si les chéloïdes ne sont pas trop douloureuses, s'abstenir de tout traitement interne et faire seulement sur la tumeur une application d'emplâtre de Vigo. Cette application, faite pendant plusieurs mois avec assiduité, a réussi quelquefois, mais est le plus souvent impuissante à amener la résolution. Si, au contraire, les chéloïdes sont douloureuses, il conseille d'appliquer localement des emplâtres d'extrait

d'opium, de faire des onctions avec des pommades opiacées ou chloroformées, des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine à 1/100e, et d'administrer à l'intérieur des médicaments antinévralgiques, tels que la belladone, le datura stramonium, le bromure de potassium, le chloral, et même le sulfate de quinine si les douleurs paraissent revenir périodiquement.

Hebra et Kaposi nient toute action efficace aux badigeonnages de teinture d'iode, de glycérine iodée, aux applications de pommades iodurées, d'emplâtres mercuriels, et de tous topiques en général ; pour eux, il n'est qu'un traitement utile, c'est un traitement palliatif dirigé contre les douleurs, s'il en existe. Ils ont retiré de bons résultats de l'emploi de l'emplâtre suivant qui, appliqué sur la chéloïde, la maintient dans un certain état de chaleur et lui donne de la souplesse. Le succès serait encore plus complet si on avait le soin de répandre, au préalable, sur l'emplâtre une poudre opiacée.

Emplâtre de Vigo } ãã 15 grammes.
Emplâtre de Mélilot }

Étendez sur un linge et saupoudrez

Poudre d'opium pur, 1 gr. 20.

De même que M. le professeur Hardy, ils conseillent d'avoir recours aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, faites *loco dolenti*, et au sulfate de quinine dans le cas où les douleurs reviendraient périodiquement.

Nous arrivons maintenant à l'étude de faits dans lesquels le traitement médical a donné de meilleurs résultats que ceux que nous avons vus jusqu'ici ; ce sont des cas

où des chéloïdes s'étaient développées chez des individus manifestement soumis à l'influence de certaines diathèses.

M. le professeur Verneuil, dans une discussion récente à la Société de chirurgie, divise ces tumeurs, au point de vue du traitement, en deux variétés ; les unes sont idiopathiques et les autres liées à un état général, syphilis ou scrofule principalement, et il ajoute : « Oui, certaines chéloïdes peuvent guérir, mais seulement celles-là qui sont liées à un état général, contre lequel on peut exercer avec quelque efficacité un traitement approprié. » M. Verneuil a cité alors, à l'appui de son opinion, des cas de chéloïdes développées chez des syphilitiques et cédant à un traitement antisyphilitique très rigoureux. Il a vu, de même, de nombreuses chéloïdes du visage, survenues chez des scrofuleux, que les eaux alcalines, les badigeonnages iodés et l'huile de foie de morue avaient fait disparaître. Quant à ces tumeurs qui se développeraient chez des arthritiques, elles résisteraient à tout traitement général. A la même séance, M. Reclus a cité un cas où le traitement anti-scrofuleux lui a donné un succès complet.

Observation II

Chéloïde cicatricielle du visage. Guérison.

Il s'agit d'une petite fille de 7 ans que M. Reclus avait eue à soigner à la Salpêtrière, et qui présentait une volumineuse chéloïde du menton et du cou, développée à la suite d'une brûlure. Cette chéloïde avait une base d'implantation un peu large. M. Reclus fit sur la tumeur de la compression continue avec des bandelettes de Vigo, et administra à l'enfant, à l'intérieur, des anti-scrofuleux. Elle prit jusqu'à cinq cuillerées d'huile de foie de morue par jour, des bains

salés, etc. Au bout de deux mois, la tumeur affleurait la peau, et la malade quittait l'hôpital.

Depuis, M. Reclus ne l'a pas revue, ce qui lui fait supposer que la guérison s'est maintenue.

Les faits que nous venons de citer sont fort probants et montrent l'efficacité du traitement médical. Aussi pensons-nous que la première indication à remplir, avant de songer à toute autre méthode, lorsqu'on se trouvera en présence de tumeurs développées, soit chez des scrofuleux, soit chez des syphilitiques, sera d'instituer le traitement général approprié.

Dans le cas cité par M. Reclus, un fait nous a frappé, c'est celui-ci : pendant que la petite malade était soumise à un traitement anti-scrofuleux énergique, la tumeur était elle-même comprimée à l'aide de bandelettes de Vigo, et cette compression était continuée pendant tout le temps que durait le traitement général. Or, n'y aurait-il pas lieu de faire une part à la compression dans la guérison ? La compression, en effet, seule ou associée à une autre méthode, est un moyen de traitement qui a produit de bons effets dans des cas analogues ; c'est dans son étude que nous allons entrer maintenant.

DE LA COMPRESSION

C'est Rayer qui, le premier, préconisa l'emploi de la compression pour le traitement curatif des chéloïdes. « Lorsqu'elles reposent, dit-il, sur des parties du corps « qui permettent d'exercer une compression assez forte « et constante, sur le sternum par exemple, ce moyen me « paraît préférable à tout autre. Dans un cas où j'ai eu

« récemment recours à son action, la tumeur était déjà « considérablement affaissée, lorsque le malade, peu « inquiet du progrès ultérieur du mal, demanda sa « sortie. »

Par la suite, ce mode de traitement fut employé par un certain nombre de chirurgiens et, entre les mains de Velpeau en particulier, donna de bons résultats. Follin et Maubon la conseillent; Lhonneur en recommande l'emploi, surtout dans les cas où la tumeur est mal limitée et présente des prolongements multiples. Gintrac, au contraire, sans repousser absolument la compression, est peu d'avis d'y avoir recours; car la douleur en est exaspérée et de plus, il est rare qu'on trouve un point d'appui suffisant. Bazin, non plus, n'admet pas volontiers la compression, qu'il considère néanmoins comme un moyen assez rationnel, mais qui a l'inconvénient d'exaspérer les douleurs et de présenter de grandes difficultés dans la pratique.

Nous avons déjà exposé le cas communiqué par M. Reclus à la Société de chirurgie, dans lequel la compression paraît avoir été un auxiliaire utile du traitement interne; nous y joignons un autre fait communiqué par M. Verneuil à la même séance.

M. Verneuil pense que si, dans certains cas, on peut espérer obtenir de bons effets du traitement général, par contre il en est d'autres où ce traitement est absolument impuissant, lorsque les chéloïdes sont développées chez des arthritiques par exemple; c'est alors que la compression peut seule présenter quelque chance de succès. Il a traité de la sorte, avec M. Hardy, un jeune homme qui, à la suite d'une brûlure, avait au pied une chéloïde large de

12 à 15 cent. Après une compression élastique, longtemps continuée, la tumeur disparut, et, depuis lors, la guérison s'est maintenue. Dans un autre cas, il avait employé le même procédé contre une large chéloïde récidivée de la région trochantérienne, et avait obtenu également une guérison durable.

Dans les faits que nous venons de citer, la compression était le seul mode de traitement employé, ou bien était employée en même temps que le traitement interne; mais il en est d'autres où elle donne des succès non moins remarquables; c'est lorsqu'elle est employée comme auxiliaire du traitement chirurgical. Nous reviendrons plus particulièrement sur ce point, lorsque nous ferons l'étude de cette méthode thérapeutique.

La compression n'est pas applicable toujours et elle présente des indications et des contre-indications. Lorsque ces tumeurs, sessiles, non douloureuses, peu saillantes, reposent sur un plan résistant, elles nous paraissent justiciables de ce moyen ; mais, si elles sont pédiculées, douloureuses, enflammées, et surtout, si le plan sous-jacent ne présente aucune résistance, nous croyons qu'on devra s'abstenir absolument de cette méthode.

Quand bien même ces diverses conditions seraient réunies, il y a lieu de tenir compte encore de certaines considérations plus générales, mais non moins importantes ; d'abord de l'état général du malade ; car si chez des individus sains, la compression peut, par elle seule, causer des accidents et produire de l'irritation de la peau, de l'inflammation et même de la gangrène et des eschares, que ne devrait-on craindre chez des sujets qu'une maladie anté-

rieure, ou une constitution ébranlée par des souffrances ou des privations, prédispose à toutes les complications et à tous les accidents? Aussi, croyons-nous que dans ces cas la compression doit être rejetée. On ne devra pas oublier non plus, que l'enfant, dont la peau est si délicate, est plus exposé que l'adulte aux divers accidents que nous venons de signaler, et on devra, chez lui, employer la compression avec une grande prudence.

Quant aux moyens mêmes d'exercer cette compression, on les a variés à l'infini.

On a employé des bandelettes agglutinatives soit de diachylon, soit de sparadrap de Vigo, qu'on a disposées autour du membre, comme pour le traitement des ulcères variqueux, ou imbriquées de façon à en recouvrir simplement la tumeur.

Dans un cas rapporté par le Dr Delpech dans sa thèse, la compression fut exercée après extirpation d'une chéloïde, par M. Bazy, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, au moyen de rondelles d'amadou superposées et maintenues en place par des bandes ordinaires.

Dans un autre cas, rapporté également par Delpech, M. Pozzi exerça de la compression sur une cicatrice de chéloïde, au moyen du pansement ouaté compressif de M. Alphonse Guérin.

Dans le cas qui fait le sujet de notre observation XII, M. Le Dentu employa deux petites plaques de bois, qu'on pouvait serrer à volonté à l'aide de fils, pour faire la compression du lobule de l'oreille. En général, ce sera la région à comprimer qui servira de guide dans le choix de l'agent compresseur.

Cependant, il est une substance qui nous paraît devoir rendre de grands services, c'est le collodion élastique.

Appliqué en badigeonnage sur la peau, le collodion y adhère fortement, et ne tarde pas à sécher ; en séchant, il se contracte et, par suite, comprime les parties qu'il recouvre en les entraînant avec lui.

Déjà Gintrac l'avait signalé comme pouvant devenir un agent compressif d'autant plus utile que, tout en exerçant de la compression, il garantit la surface de la chéloïde du frottement et de l'irritation produits par les corps extérieurs ; ce qui, déjà, peut suffire, comme nous l'avons vu, pour amener la guérison. De plus, il s'étend avec la plus grande facilité, pénètre dans toutes les anfractuosités de la peau, et se moule très exactement sur les parties qu'il recouvre. Outre ces qualités qui lui sont propres, il en acquiert de nouvelles de son union avec d'autres substances médicamenteuses. Ainsi, uni à l'iodoforme, il devient un excellent agent d'antisepsie, ce qui permet d'étendre son emploi aux cas mêmes où il existe de petites plaies. Aussi, croyons-nous, pour ces divers motifs, que le collodion rendra les meilleurs services comme agent de compression, que ce moyen soit employé seul ou qu'il soit l'auxiliaire d'une autre méthode.

Nous en avons fini avec l'étude du traitement médical de la chéloïde ; nous avons examiné successivement tous les agents thérapeutiques employés contre ces tumeurs en signalant les résultats qu'ils ont donnés ; et, la conclusion qu'il nous paraît naturel d'en tirer, c'est qu'ils sont insuffisants dans la plupart des cas. D'ailleurs la meilleure

preuve de cette insuffisance ne ressort-elle pas de leur multiplicité et de leur variété ?

Cependant, il ne faudrait pas condamner en bloc le traitement médical ; nous avons signalé des cas où il a eu une action réelle et salutaire, ce sont ceux où l'affection locale était liée nettement à un état général que l'on pouvait modifier et contre lequel on pouvait agir, mais alors, ce n'était pas, à proprement parler, la chéloïde que l'on traitait, mais bien plutôt une cause dont la persistance ne permettait pas d'obtenir la guérison.

A côté de ces cas qui sont, si nous nous en rapportons à la plupart des auteurs, les plus rares, combien d'autres ne trouvons-nous pas où il n'est possible d'expliquer la production du néoplasme que par une prédisposition spéciale, dont la nature n'est pas connue ; et dans ces cas, dont la cause nous échappe, le traitement médical employé seul laisserait le plus souvent le médecin désarmé en présence de la maladie.

Une exception doit être faite dans ce pronostic, en faveur de la compression qui, en effet, de toutes les méthodes que nous avons étudiées jusqu'ici, a donné les meilleurs résultats.

Mais ce moyen n'est applicable qu'à un nombre restreint de chéloïdes ; et, sans compter les complications que nous avons signalées, qui rarement, il est vrai, peuvent suivre son emploi, il ne faut pas oublier que ces tumeurs enflammées, douloureuses, volumineuses, pédiculées, sont tout autant de contre-indications qui doivent le faire repousser. D'ailleurs, où la compression donnera les meilleurs

résultats, c'est lorsqu'elle sera associée au traitement chirurgical que nous allons étudier.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

D'une façon générale, le but de ce traitement est la guérison des chéloïdes par une ou plusieurs opérations successives. Dans le premier cas, ce sera l'ablation à laquelle on aura recours, qu'elle soit faite à l'aide du bistouri, du thermo-cautère ou des caustiques ; dans le second, au contraire, où on demandera à des opérations repétées la guérison de la tumeur, on aura recours aux scarifications. Ce sont ces deux méthodes qu'il nous reste à examiner ; nous commencerons par l'étude de la méthode rapide, ablation ou extirpation.

Si nous passons en revue les opinions des auteurs qui se sont occupés de cette question, nous trouvons les plus grandes divergences.

Pour les uns, en effet, on doit s'abstenir de toute tentative chirurgicale ; car ils considèrent que la récidive suivra fatalement et que, le seul résultat qu'on aura obtenu, sera de voir revenir la tumeur avec un volume beaucoup plus considérable. D'autres, au contraire, sans nier cette tendance des chéloïdes à la récidive, pensent qu'il n'y a pas là une contre-indication absolue à une opération et, dans nombre de cas, la réussite est venue leur donner raison. Nous avouons dès maintenant que cette dernière opinion a toutes nos préférences ; et, réunissant le plus grand nombre de faits qu'il nous a été possible, nous allons en faire l'étude,

et montrer que, souvent, l'ablation des chéloïdes a pu être faite avec succès.

On a eu recours, pour faire cette opération, à différents moyens ; le premier qui paraît avoir été expérimenté, ce sont les caustiques.

Alibert en déconseille l'emploi, considérant qu'il n'y a pas de bons résultats à en attendre. Cependant nous avons trouvé dans les bulletins de l'Académie de médecine une observation de chéloïde que Letellier de Saint-Leu Taverny aurait traitée et guérie par le nitrate d'argent.

Observation III

Chéloïde traitée et guérie par le nitrate d'argent
(Letellier de Saint-Leu Taverny).

Il s'agit d'une malade qui, à la suite de varices, avait vu se développer à son pied plusieurs chéloïdes. Elle se fit d'abord traiter par un empirique qui employa une solution que Letellier pensa être une solution de nitrate d'argent. Ce traitement fut suivi d'amélioration ; mais, au bout d'un certain temps, les tumeurs revinrent. Letellier, consulté, traita alors ces chéloïdes avec une pommade au nitrate d'argent au sixième, mais sans succès.

Il toucha les tumeurs avec une solution du même caustique, sans être plus heureux.

Finalement il eut recours au crayon de nitrate d'argent, qu'il promena longtemps sur les tumeurs et les fit disparaître ainsi. Deux ans après, la guérison ne s'était pas démentie.

Velpeau, sur quatre ablations, eut deux récidives ; l'une d'elles se produisit chez une jeune dame qu'il avait opérée pour une chéloïde située à la partie antérieure de la poitrine, en faisant usage, pour la faire tomber, d'un

caustique composé d'un mélange d'acide sulfurique et de safran jusqu'à consistance de pâte molle.

Dans notre observation XII, ayant rapport à la malade opérée par M. Le Dentu de deux chéloïdes des oreilles, nous signalons un succès obtenu par M. Cusco, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, par l'emploi de la pâte arsenicale.

On a encore employé le crayon de nitrate d'argent dans un certain nombre de cas ; mais ce n'était plus pour faire disparaître les tumeurs elles-mêmes, mais seulement pour réprimer les bourgeons charnus pendant la cicatrisation de plaies ayant suivi l'ablation ; de sorte, qu'on ne peut compter comme succès, pour la méthode, une pratique qui n'est que l'auxiliaire d'un autre traitement.

Nous voyons que, bien qu'ayant donné quelquefois de bons résultats, l'emploi des caustiques n'a pas mis à l'abri des récidives, et nous pensons que c'est là une méthode qui doit être abandonnée.

Ablation par l'instrument tranchant. — Hawkins, faisant l'étude du traitement à appliquer aux chéloïdes, dit que pour obtenir une guérison complète, toute l'épaisseur de la peau demandant à être enlevée, il n'est nullement douteux que le bistouri ne soit préférable à tous les caustiques, l'action de ceux-ci étant trop incertaine et exposant à laisser quelque portion de la tumeur. Et il ajoute que, dans le cas où une petite parcelle a échappé à l'opération, la chéloïde se développe alors avec une bien plus grande rapidité, ce qui n'est pas à redouter après l'ablation faite au bistouri.

Dans le cours d'une discussion à l'Académie de médecine au sujet d'un malade présenté par Gimelle, malade

qui portait sur le corps un grand nombre de chéloïdes développées sur des blessures faites par des coups de yatagan, Blandin déclare que, malgré les récidives connues et signalées, il n'hésiterait pas à enlever ces tumeurs. Il ne bornerait pas d'ailleurs son intervention à l'excision, car l'insuccès serait certain, mais il y joindrait la cautérisation des bourgeons charnus, et terminerait le traitement par la compression. Il appuie son avis sur un cas du même genre, traité avec Récamier, et dans lequel il est parvenu à obtenir une guérison radicale par ces moyens.

Michon conseille, tant que la tumeur n'est pas trop gênante ou volumineuse ni douloureuse, de l'abandonner à elle-même ; mais si elle prend de l'accroissement, s'il survient des démangeaisons trop incommodes, il pense qu'il vaut mieux intervenir et avoir recours à l'instrument tranchant, considérant que, s'il y a des chances pour que la récidive ait lieu, ce n'est cependant pas une loi invariable et que, d'ailleurs, l'opération est simple et présente peu de complications à redouter. Il cite à l'appui de son opinion l'observation suivante.

Observation IV (résumée).

Chéloïde récidivée. Extirpation. Guérison.

Une jeune dame, bien portante habituellement, avait vu se développer sur l'épaule gauche une tumeur ovalaire, dure, qui, étant devenue le siège de douleurs, fut extirpée. Les bords de la plaie furent réunis à l'aide de la suture entortillée. Au bout de quelques mois, la tumeur reparut progressivement, différant de la première en ce que, chacun des trous formés par les épingles avait donné naissance à autant de prolongements qui semblaient lui former des pieds.

C'est alors que cette dame vint à Paris. La tumeur, située au-dessus de l'acromion, dirigée dans l'axe du bras et ayant 6 cent. de longueur environ sur 4 de largeur, faisait un relief de 4 à 5 mill. et était douloureuse.

Michon, ayant pris l'avis de plusieurs chirurgiens, fit l'opération; mais, averti par le premier insuccès, il enleva largement toute la portion de peau malade en empiétant sur les parties saines. Il ne tenta pas la réunion ; la plaie fut pansée à plat avec un linge percé de trous, enduit de cérat et recouvert de charpie. La cicatrisation fut achevée au bout de deux mois, et la chéloïde ne reparut plus. Depuis il n'y eut pas de récidive.

Nous trouvons relaté dans la thése de Lhonneur, un cas semblable emprunté à un auteur américain, Warren.

Observation V

Chéloïde récidivée. Extirpation. Guérison.

Une jeune dame me montra une tumeur verruqueuse de l'épaule qu'elle avait remarquée depuis deux ans, dont le volume était d'un quart de pouce environ, et qui faisait saillie d'un seizième de pouce. On excisa la tumeur, et la plaie se cicatrisa lentement. Au bout de trois semaines environ, elle commença à reparaître et atteignit bientôt un diamètre de trois quarts de pouce, bien qu'elle fût moins saillante que la première fois. On y appliqua alors la potasse caustique. L'eschare éliminée, on toucha fréquemment avec le nitrate d'argent; la plaie se cicatrisa, mais la cicatrice fit saillie de nouveau. J'enlevai une fois encore cette tumeur, mais en excisant du même coup la peau saine dans l'étendue d'un pouce tout à l'entour, en même temps que la couche de tissu cellulaire sous-jacent. Cette fois il y eut guérison sans récidive.

(Cette observation a été traduite par M. Peter).

Warren cite un autre fait où, comme dans celui de Michon, une tumeur après réunion des bords de la plaie

par la suture entortillée, aurait repullulé, non-seulement dans la cicatrice, mais encore sur les trous des épingles ; et, là aussi, il donne le conseil d'opérer, en ayant soin d'enlever la peau saine dans une certaine étendue.

Follin conseille de suivre la même conduite et d'enlever non-seulement la partie malade, mais encore un large espace de tissu sain, à cause des prolongements que ces tumeurs peuvent envoyer autour d'elles.

Dans sa thèse, soutenue en 1877, le Dr Liron conseille de s'abstenir jusqu'au moment où une ou plusieurs de ces tumeurs deviendraient gênantes par leur volume, ou donneraient lieu à des hémorrhagies. Il signale, en effet, des hémorrhagies comme possibles, lorsque les chéloïdes sont pédiculées et présentent dans leur pédicule de nombreux vaisseaux. C'est pour éviter ces hémorrhagies qu'on devra opérer et faire l'ablation, soit avec le serre-nœud de Maisonneuve, soit avec l'écraseur de Chassaignac, soit avec le fer rouge sous toutes ses formes (cautère actuel, galvano-cautère, thermo-cautère). Liron préfère ce dernier, à cause de son maniement plus facile qui permet de disséquer presqu'aussi bien qu'avec le bistouri et, qui, porté au rouge sombre, jouit de propriétés hémostatiques considérables.

Le Dr Delpech rapporte plusieurs observations de ces tumeurs opérées et guéries avec l'instrument tranchant.

Nous croyons devoir en reproduire quelques-unes, car elles nous paraissent bien montrer, outre les bons résultats qu'a produits l'ablation, les avantages considérables qu'on peut retirer de l'emploi de la compression pendant la cicatrisation.

Observation VI (Thèse de Delpech).

(Chéloïde de la tempe gauche, opérée par M. Bazy, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

M... 27 ans, employé des postes, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu au commencement d'août.

Il y a longtemps déjà, souffrant de névralgies faciales, il s'appliqua sur la tempe gauche une mouche qu'il pansa avec du vinaigre et des cendres. Cicatrisation lente, mais complète.

Quelques jours après, le centre de la cicatrice devint rouge, s'éleva au-dessus des parties voisines. En un an, la tumeur atteint le volume que nous pouvons constater aujourd'hui. Tumeur arrondie, non pédiculée, ayant 15 mill. de diamètre sur un cent. de hauteur. Teinte lie de vin, consistance fibreuse, mobile et par conséquent n'occupe que la peau. Elle est indolente, mais M... demande à être opéré.

Opération le 8 août. — On incise la peau à 8 mill. au-delà de la tumeur. Afin d'obtenir une réunion par première intention, on applique trois points de suture avec un fil de soie très mince. On enlève les points de suture le lendemain, la réunion paraît avoir réussi. Trois jours après, l'extrémité supérieure de la cicatrice devient rouge, les bords se décollent, en deux jours ils sont complètement décollés. La plaie, rose pâle, peu bourgeonnante, n'a pas bon aspect.

1er septembre. — La cicatrisation est complète.

12 septembre. — On voit apparaître sur la cicatrice une série de petites nodosités. Compression bien supportée avec des rondelles d'amadou superposées, que l'on maintient avec une bande ordinaire. Les nodosités pâlissent et s'affaissent insensiblement.

Le malade fut revu le 10 octobre. Les nodosités ont disparu, la ligne cicatricielle est à peine indurée.

Observation VII (Thèse de Delpech).

Chéloïde récidivée du pli de l'aine, opérée par le thermo-cautère.
Recueillie par M. Catuffe dans le service de M. le professeur Verneuil.

Femme de 66 ans, entrée en août 1877, salle Saint-Augustin, n° 28. Hôpital de la Pitié.

Cette femme porte au pli de l'aîne une chéloïde considérable, consécutive à une brûlure datant de plusieurs années. La tumeur a 15 cent. de longueur sur 6 de hauteur environ. M. Verneuil commence par faire une incision avec le bistouri à la partie supérieure, puis, immédiatement, il prend le thermo-cautère et dissèque la tumeur de haut en bas ; il n'y a pas d'hémorrhagie. La précaution était d'autant plus nécessaire, que l'artère fémorale était visible dans les parties profondes de la plaie, et n'était séparée de la tumeur que par une mince couche de tissu cellulaire. Pansement à plat à l'acide phénique.

Bon état général. La malade sort guérie un mois après l'opération. Cet excellent résultat paraît avoir été aidé par l'emploi des greffes épidermiques.

Cette femme a été revue deux mois après ; la cicatrice est très solide, non vitreuse ; il n'y a pas trace de récidive.

Observation VIII (Thèse de Delpech).

Chéloïde opérée par M. Pozzi, professeur agrégé. Résumé.

La nommée B..., 16 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 29 juin 1881, dans le service de M. le professeur Richet. Pas d'antécédents héréditaires ; pas de traces de scrofule ni de syphilis.

Il y a un an, brûlure au pied par de l'eau bouillante; guérison très lente. La cicatrisation était à peu près complète, quand, au niveau du cou-de-pied, survient une toute petite grosseur que la malade compare à une verrue. Accroissement rapide et, au bout de dix mois, volume actuel.

On aperçoit au niveau du cou-de-pied et sur la ligue médiane une tumeur ovoïde, un peu bosselée, du volume d'une grosse noix. Peau lisse, luisante, rosée. La tumeur est dure et fait corps avec la peau.

Elle est opérée le 28 juillet par M. Pozzi, suppléant M. Richet.

On circonscrit la tumeur par une incision elliptique, de façon à dépasser autant que possible la zone malade, et on la dissèque.

Il restait une plaie de 7 cent. de longueur sur 5 de largeur. On essaye de réunir les deux lèvres de la plaie et, pour y arriver,

on dut faire deux incisions libératrices distantes de 3 cent. environ de la plaie. Sutures au fil d'argent. Pour éviter les tiraillements, on mit le pied à angle droit, et on le maintint dans cette position par une gouttière plâtrée. On eut soin de rabattre l'extrémité de la gouttière sur les orteils, pour les empêcher de se mouvoir et immobiliser la peau. Sur la plaie, tarlatane phéniquée et éponge pour exercer de la compression.

1er août. — On enlève les points de suture, la plaie paraît réunie; pansement phéniqué.

2. — Plaie médiane désunie, et 4 août complètement ouverte ; les plaies latérales, au contraire, se referment rapidement.

6. — Plaie médiane a 2 cent. de largeur; plaies latérales presque linéaires présentent des bourgeons un peu saillants et suspects. On fait de la compression.

Le pied et la jambe sont enveloppés dans un pansement ouaté de M. Guérin, et au dessus et au niveau de la plaie, bande élastique.

29. — Cicatrices linéaires, fermes, mais un peu saillantes.

1er septembre. — La malale se lève ; le lendemain toute la région est enflammée. Les cicatrices deviennent molles et saillantes.

Pansement ouaté changé tous les huit jours.

28. — Cicatrice médiane sèche, ne fait qu'une saillie à peine appréciable au doigt. A droite, la cicatrisation est complète ; mais à gauche, à son extrémité inférieure, la cicatrice présente une ulcérations de mauvaise nature, grande comme une pièce de dix sous. On la saupoudre d'iodoforme et on refait le pansement ouaté.

15 octobre. — Cicatrisation complète ; les cicatrices latérales sont presque linéaires et paraissent très solides; la cicatrice médiane ne fait plus qu'une légère saillie à peine appréciable.

Observation IX

Extraite d'un rapport fait par M. Chauvel à la Société de chirurgie (séance du 31 mai 1882) sur des observations présentées par M. Richon, médecin-major à l'hôpital militaire de Belfort.

Chéloïde cicatricielle abcédée. Extirpation.

« La troisième observation est l'histoire d'une chéloïde cicatricielle

remontant à quatre ans, et dont l'ablation dut être pratiquée en raison de l'inflammation dont elle était le siège depuis quelques semaines. Rien de spécial à noter, sauf la formation d'un abcès dans l'épaisseur du tissu de cicatrice, et l'existence d'un trousseau fibreux, sorte de pédicule, qui rattache la masse morbide à l'aponévrose lombaire. L'extirpation se fait sans difficulté, et le patient quitte l'hôpital au bout de deux mois, à peu près guéri. Il n'y est pas rentré depuis dix-huit mois, ce qui confirme la persistance actuelle de la guérison. »

Observation X

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1882.
Professeur Schwimmer.

Chez une jeune fille de 17 ans, il existait des chéloïdes multiples qui avaient léur siège sur la moitié droite du thorax. Cette région était recouverte de tumeurs légèrement douloureuses à la pression, les unes isolées, les autres confluentes, de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, très adhérentes au tissu sous-cutané, peu mobiles. La peau est normale, parfois d'un rouge brillant. Ces nodosités, disposées irrégulièrement, sont agglomérées entre la quatrième et la septième côte.

Comme traitement, l'auteur chercha à détruire quelques nodosités, les unes avec la curette, les autres par l'application prolongée d'une pommade à l'acide pyrogallique à 10 pour 100. Toutefois, comme la récidive se produisit rapidement à la suite de cette médication, il se décida à enlever tous les néoplasmes et à cautériser énergiquement les bords de la plaie avec le thermo-cautère.

Au bout de cinq mois, la plaie était complètement cicatrisée, aucune nodosité ne s'était produite à ce moment dans le voisinage du tissu cicatriciel; cependant, sur la partie la plus périphérique de la cicatrice, on voyait une légère tuméfaction pouvant faire craindre une récidive.

Observation XI (inédite).

(Communiquée par M. le Dr Monod. Recueillie par M. Lavaux, interne du service).

Chéloïdes du cou et de l'épaule. Ablation. Guérison.

B. Georges, 5 ans, est entré à l'hôpital des Incurables, service de M. Monod, le 2 juin 1885, Salle Broca, n° 14.

Père, mère et grands parents tous vivants et d'une bonne santé. Une sœur de 11 ans, brûlée profondément au genou à l'âge de 2 ans, et qui resta six semaines sans pouvoir marcher, n'a rien présenté de particulier.

Le petit Georges n'a jamais été malade ; pas de gourmes, pas d'engorgements ganglionnaires.

Brûlure, il y a un an environ, avec du bouillon gras, à la partie latérale droite du cou et de l'épaule ; à la suite, phlyctènes ouvertes spontanément et remplacées de suite par des croûtes ; donc pas de suppuration. Au bout de quinze jours, on ne voyait plus qu'une légère cicatrice.

Mais bientôt parut un certain relief qui devint de plus en plus saillant ; un médecin consulté conseilla l'expectation.

Aujourd'hui, l'on constate à la partie latérale droite du cou deux tumeurs allongées formant presque un demi-cercle. La tumeur postérieure a la forme d'un cylindre aplati de dehors en dedans ; elle mesure 5 cent. et demi de longueur sur une hauteur à peu près uniforme de 23 mill. Le diamètre transversal, ou épaisseur, est de 12 mill. environ ; elle fait corps avec la peau, mais glisse facilement sur les parties profondes. La tumeur antérieure a son extrémité postérieure située au-dessous de l'extrémité antérieure de sa voisine ; elle est en pointe effilée, concave en haut, où elle se trouve en contact avec le bord inférieur de cette dernière. Cette disposition mérite d'être notée ; c'est elle qui nécessitera pendant l'opération un écartement notable des deux incisions ayant pour but de circonscrire les tumeurs. La longueur est de 62 mill., son épais-

seur de 15 mill. et sa hauteur de 18 mill. ; en arrière, elle diminue progressivement jusqu'à 3 mill.

Sur la face postérieure de l'épaule droite, se trouve une autre tumeur présentant dans son diamètre transversal 18 mill. ; dans son diamètre antéro-postérieur 8 mill. et une hauteur de 8 mill. Comme les précédentes, elle glisse sur les parties sous-cutanées.

2 juin. — Opération. Chloroforme. On circonscrit au bistouri les deux tumeurs du cou au moyen d'une seule incision passant à un ou deux centimètres en dehors de la base d'implantation ; l'incision est peu profonde ; on achève de disséquer avec des ciseaux. Après l'opération, les lèvres de la plaie sont éloignées de 4 cent. au moins, au niveau de la partie moyenne. On les rapproche assez facilement et on les réunit au moyen de fils d'argent distants de 1 cent. ; un drain occupe toute la longueur de la plaie. Pansement de Lister. La plaie, avant les sutures, a été touchée légèrement avec de l'eau phéniquée au vingtième. On agit de même pour la tumeur de l'épaule ; une large attelle en fil de fer est placée du côté gauche du tronc et de la tête, de manière à incliner celle-ci du côté de la plaie, pour en éviter les tiraillements.

2 juin soir. — L'enfant va bien, cependant peau un peu chaude ; on ne peut prendre la température, P. 115. Quelques vomissements.

6. — Pas de fièvre. On enlève les points de suture et le drain. Collodion iodoformé sur les plaies. Ouate phéniquée.

8. — On trouve les lèvres de la plaie du cou séparée par un intervalle de 7 mill. environ au niveau du point où les deux tumeurs se recouvraient. Dans le tiers inférieur, l'écartement est un peu moindre, ainsi que dans le tiers postérieur. Collodion iodoformé ; on ne touche pas à la plaie de l'épaule.

11. — On enlève le collodion sur les deux plaies ; à l'épaule écartement de 8 millim. ; au cou écartement de 1 cent. environ dans la partie postérieure de la plaie ; pas de changement dans le reste. Cautérisation des bourgeons charnus qui font saillie. Collodion iodoformé.

15. — Cicatrisation à peu près complète dans la moitié postérieure ;

dans la moitié inférieure, légère suppuration. Répression des bourgeons charnus au nitrate d'argent. Collodion iodoformé.

19. — Plaie à peu près guérie dans la partie antérieure, agrandie dans la partie postérieure.

22. — La plaie à près d'un centimètre et demi de large à l'extrémité supérieure. Cautérisation au nitrate d'argent ; la plaie de l'épaule est à peu près guérie.

27. — Plaie de l'épaule guérie ; plus de pansement. La plaie du cou va mieux. Cautérisation : collodion iodoformé.

2 juillet. — Au cou, plaie à la partie postérieure de 2 cent. de longueur sur 3 millim. de largeur. Cautérisation. Un peu de suppuration à la partie interne de la cicatrice de l'épaule où se trouvait une petite croûte. Saillie de la cicatrice cervicale dans les deux tiers antérieurs.

4. — Chloroforme, pointes de feu sur toute l'étendue des cicatrices, avec le thermo-cautère.

6. — La cicatrice de l'épaule est complètement détruite ; il y a un écartement des lèvres de la plaie de près d'un cent. et demi.

7. — Toute la partie postérieure de la cicatrice cervicale est détruite ; écartement des bords de la plaie de 6 mill. Pansement au permanganate de potasse au millième. Nitrate d'argent.

14. — Pas d'amélioration, hypertrophie des lèvres de la plaie.

19. — Amélioration. Collodion iodoformé.

24. — Les plaies sont guéries ; légère saillies des cicatrices. Collodion ordinaire depuis deux jours.

27. — On renouvelle tous les jours le collodion.

Cicatrices très peu saillantes.

25 août. — Sortie de l'enfant. Il persiste une légère saillie des deux cicatrices. On continuera à mettre du collodion tous les jours.

5 septembre. — Revu le petit malade ; une contusion a amené la destruction d'une partie de la cicatrice de l'épaule. Collodion.

15. — Un peu d'érythème. On supprime le collodion.

22. — Plus d'érythème, mais saillie plus notable des cicatrices, surtout de celle du cou ; collodion tous les jours désormais.

15 octobre. — La moitié antérieure de la cicatrice du cou n'est plus saillante, mais la partie postérieure l'est encore un peu; il en est de même de celle de l'épaule. Collodion tous les jours.

28. — L'enfant qui va bien est présenté à la Société de chirurgie. Jusqu'à présent, pas de récidive; on continue le collodion.

10 novembre. — L'enfant est très bien. Collodion.

26 décembre. — Le petit malade a continué à très bien se porter, et peut être consideré comme guéri.

26 janvier 1886. — Même observation.

Observation XII (Inédite)

Communiquée par M. Le Dentu.
Ablation de deux choléides. Guérison.

M. Le Dentu fut consulté, il y a 8 ans, pour une jeune fille de 15 ans présentant deux chéloïdes développées aux lobules des deux oreilles. Celle de l'oreille droite avait le volume d'un très gros pois; celle de l'oreille gauche, le volume d'une noisette.

(Un détail intéressant à noter est celui-ci : dans son enfance, cette jeune fille, à la suite d'un abcès sus-claviculaire, avait eu dans cette région une chéloïde. Cette tumeur fut traitée par M. Cusco avec les caustiques (pâte arsenicale); la guérison fut obtenue et resta définitive). M. Le Dentu fit l'ablation des deux chéloïdes et la réunion immédiate; la guérison fut définitive pour l'oreille droite; mais à gauche, il y eut menace de récidive.

La compression du lobule de l'oreille fut alors faite au moyen de deux petites plaques résistantes appliquées de chaque côté, maintenues et serrées à volonté à l'aide de fils. La guérison fut rapide. L'oreille avait pu être percée à droite; à gauche, une tentative faite avait été infructueuse; M. Le Dentu dut percer lui-même le lobule au commencement de décembre dernier (1885).

18 janvier 1886. — L'état est excellent des deux côtés.

Observation XIII (inédite).

Service de M. Le Dentu à l'Hôpital Saint-Louis. Recueillie et communiquée par M. Berthod, interne du service. — Chéloïde inguinale droite. Ablation. Guérison.

Col... J., 51 ans, bijoutier, entre le 28 mars 1885, salle Cloquet, n° 66.

Il a eu antérieurement la syphilis et une blennorrhagie accompagnée de bubons dans la région iliaque droite. Un de ces bubons fut incisé : la guérison fut complète ; ce n'est que plusieurs années après que la cicatrice a commencé à bourgeonner.

Il existe actuellement sur cette cicatrice une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'un aspect framboisé et lobulé ; elle a commencé à paraître il y a quelques années, mais c'est surtout depuis six mois qu'elle a augmenté de volume.

1er avril. — Excision de la tumeur ; il reste après l'excision une plaie ovale trop grande pour qu'on songe à la réunir. Pansement de Lister. Traitement interne avec la liqueur de Fowler.

9 mai. — Sortie. Il ne reste plus qu'une très petite surface bourgeonnante.

Guérison. Depuis l'opération le traitement interne avait été continué très régulièrement. Il n'y avait pas eu de fièvre et la guérison de la plaie s'était faite par bourgeonnement. Pas de menaces de récidive jusqu'ici. (Revu le malade le 21 janvier 1886 ; la guérison s'est maintenue, et il n'y a pas trace de récidive).

Observation XIV (Inédite).

(Hôpital Saint-Louis. Service de M. Le Dentu. Recueillie et communiquée par M. Secheyron, interne du service.)

C... M., âgée de 9 ans, entre en mai 1885 dans le service de M. Le Dentu. Elle est d'un tempérament lymphatique ; elle a vécu à New-York dans un couvent les deux dernières années. A son retour d'Amérique, les parents ont constaté l'existence d'un petit bourrelet

d'un rouge brun, survenu sans cause appréciable, siégeant à gauche au-dessous et vers la partie moyenne du maxillaire inférieur. Ce bourrelet, un peu oblique en bas et en avant, est d'une longueur de 3 centimètres, et présente 5 à 7 millimètres de hauteur et d'épaisseur. Les bords sont nettement séparés de la peau voisine saine; ils offrent plus de consistance que le sommet du bourrelet qui est légèrement dépressible; l'extrémité postérieure est aplatie, l'antérieure arrondie. Cette sorte de chéloïde s'est développée peu à peu; l'enfant ne peut rappeler l'existence d'une plaie, d'une cicatrice antérieure. Elle n'a pas eu, notamment pendant son séjour en Amérique, d'abcès au cou ni d'adénite. Toutefois, il faut noter au-dessous de la tumeur, une cicatrice presque linéaire d'un centimètre d'étendue, disposée en arc de cercle à concavité dirigée en avant et en haut, cicatrice d'un rouge brun à bords légèrement surélevés; à une extrémité, deux ou trois petits tubercules de la grosseur d'une tête d'èpingle.

Au niveau du cartilage thyroïde à gauche, la peau présente comme des vergetures; ce sont trois petits plis disposés suivant les sillons du cou, d'une largeur de 2 millim., à peine longs de 1 cent.; sur leur étendue, la peau est plus blanche, réticulée, l'épiderme aminci. Pas d'adénite sous-maxillaire; adénite légère en arrière de la région parotidienne gauche. L'enfant a bonne santé et ne tousse pas.

Diagnostic fait par M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis : fausse chéloïde, chéloïde scrofuleuse.

Traitement. — On fait par le râclage l'abrasion de la chéloïde; c'est un tissu mollasse rappelant celui des bourgeons de synovite fongueuse.

Quinze jours après, sur les points de râclage, se sont développés des bourgeons assez abondants, qui reproduisent le tissu enlevé.

Abrasion nouvelle avec la curette et le thermo-cautère. Un mois environ après la nouvelle opération, à la suite de cautérisations successives avec le thermo-cautère, le nitrate d'argent, la cicatrisation était opérée; mais le tissu cicatriciel était encore mou, le succès était encore incomplet.

Pendant tout le temps, l'enfant était soumise à un traitement interne avec le sirop d'iodure de fer.

Des douches et la continuation du sirop d'iodure de fer ont été prescrits au départ de l'enfant emmenée en province.

Observation XV (Résumée).

Chéloïde récidivée. Ablation. Hôtel-Dieu. Service de M. Tillaux. Recueillie et communiquée par M. Marciguey, interne du service.

X..., âgée de 16 ans, est entrée à la fin d'octobre 1885 à l'Hôtel-Dieu, service de M. Tillaux. Bonne santé habituelle. On ne trouve dans ses antécédents héréditaires et personnels, aucune trace de scrofule.

Il y a quatre ans, elle eut la rougeole, et, à la suite, il se forma un abcès à la partie latérale droite du cou ; cet abcès s'ouvrit spontanément. Sur la cicatrice qui en résulta, se produisit très rapidement une tumeur qui, enlevée, revint bientôt avec les caractères qu'elle présente actuellement. Son volume est celui d'une noix ; elle est rouge, globuleuse, pédiculée ; elle siège à trois travers de doigt de l'angle de la mâchoire inférieure et repose sur la veine jugulaire.

Diagnostic. — Chéloïde cicatricielle.

Opération le 9 décembre. — La malade ayant été chloroformée, on circonscrit la tumeur par une incision elliptique, faite au bistouri, et passant à un cent. environ de sa base. Le lambeau ainsi formé est disséqué et enlevé. Réunion immédiate. Sutures au fil d'argent. Un simple fil, au lieu de drain, est laissé dans la partie inférieure de la plaie.

Les suites de l'opération furent des plus simples, et huit jours après, la malade sortait complètement guérie avec une cicatrice souple, sans trace d'induration.

Cette jeune fille fut revue plusieurs fois depuis, et pour la dernière fois le 27 janvier.

La cicatrice est rosée, souple ; elle ne fait aucune saillie sur les parties voisines ; en un mot, il n'y a jusqu'ici aucune menace de récidive.

Bien que tous les faits que nous venons de citer ne soient pas également probants (dans quelques-uns la date de l'opération étant encore récente), nous les croyons cependant, pour la plupart, suffisamment démonstratifs pour modifier le pronostic de l'intervention chirurgicale dans le traitement des chéloïdes, et nous pensons qu'on pourra être autorisé à pratiquer l'extirpation de ces tumeurs sans que la récidive en soit fatale. Il est loin de notre pensée de vouloir dire que toutes les chéloïdes soient justiciables de cette méthode, car à notre sens, il y a une grande distinction à faire, au point de vue du pronostic, entre ces différentes tumeurs ; nous allons faire l'étude des cas où ce traitement pourra être employé, et de ceux, au contraire, où il devra être rejeté absolument ; en un mot nous allons examiner quelles en sont les contre-indications et les indications.

La première contre-indication est tirée de l'état général du malade. Si, en effet, on a affaire soit à un scrofuleux, soit à un syphilitique, il nous paraîtrait imprudent de tenter une opération de ce genre, sans avoir essayé, au préalable, de modifier et d'améliorer l'état général par un traitement approprié. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons signalé précédemment, ce traitement peut déjà, par lui seul, amener la guérison.

Cependant il se présentera des cas où, comme dans celui qui fait l'objet de notre observation XIV, le médecin sera sollicité pour faire une opération. On pourra peut-être alors se laisser aller à une intervention active ; mais on devra quand même instituer un rigoureux traitement général qui sera suivi longtemps après l'opération, et encore, pensons-nous qu'on sera plus exposé à des récidives.

Une contre-indication qui nous paraît formelle, est celle qui est tirée de la prédisposition que pourrait présenter un malade à avoir des chéloïdes ; comme, par exemple, dans un cas que nous citons plus loin, où un individu, porteur de chéloïdes, en voyait apparaître sous l'influence des causes les plus minimes ; alors la récidive serait certaine. Ainsi la non intervention nous paraîtrait de rigueur dans des cas analogues à ceux que nous allons citer.

Observation XVI

M. Legouest. *Gaz. des hôpitaux,* 1858. Chéloïde développée sur une cicatrice.

M. Legouest présente un malade (Société de chirurgie, séance du 23 septembre 1858) qui, à la suite d'une blessure simple de la région mastoïdienne, a vu se développer sur la cicatrice une tumeur chéloïde. On dut l'enlever et elle récidiva deux fois. Aujourd'hui elle est encore réapparue, volumineuse comme un œuf. Le malade voulait s'en débarrasser de nouveau, mais M. Legouest se refusa à faire l'opération, parce qu'il a remarqué, sur différentes parties du corps, des productions semblables, nées sur les plus simples blessures, même sur des excoriations légères comme celles produites lorsque le malade se gratte avec ses ongles.

Observation XVII

M. Verneuil. *Gazette des hôpitaux*, 1858.
Double chéloide conjonctivale.

M. Verneuil présente un malade (Société de chirurgie, séance du 29 septembre 1858) qui, à la suite d'introduction d'acide sulfurique dans les yeux, a vu se former sur les cicatrices de la brûlure, dans chaque œil, une bride de substance chéloïde faisant adhérer la conjonctive oculaire à la conjonctive palpébrale.

M. Verneuil hésite à pratiquer une opération, parce que le malade

paraît prédisposé à avoir des chéloïdes. On voit, en effet, sur le cou sur les points également brûlés par l'acide, des productions de ce genre.

Observation XVIII (résumée).

M. Ory. (Société anatomique, séance du 10 décembre 1875).

Ard..., Charles, 38 ans, présente sur les épaules de nombreuses petites tumeurs douloureuses.

Bonne santé habituelle. Pas de traces de scrofule.

Vers 18 ans, apparition de deux premières plaques sur les épaules; puis, sept ou huit ans après, apparition des autres tumeurs sessiles, disposées en plusieurs groupes et en traînées inégales, irrégulières, interrompues, dans la région deltoïdienne et vers l'angle inférieur de l'omoplate des deux côtés.

Les cicatrices de six piqûres, traces de vaccine, ont un aspect chéloïdien; et, au niveau du pli du coude, les traces d'une double saignée sont marquées par de petites chéloïdes. Le malade ne prétexte ni coup, ni frottement habituel, ni application irritante. Il n'est ni scrofuleux ni syphilitique. On se trouve donc là en présence de chéloïdes survenues sans cause connue, mais résultant nettement d'une prédisposition.

Observation XIX (résumée)

Professeur Schwimmer (*loc. cit.*).
Chéloïdes multiples.

K... F., 35 ans, bien portante, robuste, présente 105 tumeurs chéloïdiennes disséminées sur le thorax du côté droit en avant et en arrière. La grosseur varie de celle d'un pois à celle du pouce ; leur structure est solide et elles sont peu mobiles, en général ; la plupart envoient de grands prolongements dans le tissu environnant, de telle sorte qu'à la périphérie, elles paraissent enfoncées dans la peau normale. La maladie s'est développée dans l'espace de six ans. Un traite-

ment antisyphilitique n'avait donné aucun résultat. On enleva quelques nodosités qui se reproduisirent bientôt après dans les mêmes points et avec leurs dimensions primitives.

A côté de ces cas bien précis, bien nets, où on devra rejeter l'ablation, il en est d'autres où il serait préférable de ne pas intervenir. Ainsi, lorsqu'on se trouvera en face de chéloïdes petites, indolores, ne gênant le malade en aucune façon, ne présentant aucune tendance à l'extension, faciles à dissimuler, la conduite la plus sage serait encore l'abstention.

Mais, si dans les circonstances que nous avons exposées, le chirurgien fait acte de prudence en s'abstenant de toute opération, il en est d'autres, au contraire, où il rendra de véritables services aux malades, en leur proposant l'extirpation.

Ainsi, lorsqu'une chéloïde se présentera nettement pédiculée et offrant de grandes facilités pour l'opération, nous pensons qu'on fera bien de l'enlever.

Dans le cours de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, à la suite de la présentation du malade de M. Monod, M. Le Dentu déclara que si la chéloïde était ulcérée ou gênait les fonctions d'un membre, il était d'avis qu'il fallait en débarrasser le malade.

M. le professeur Le Fort, dans le cas où la tumeur pédiculée est isolée complètement des parties profondes, croit qu'il n'y a pas à hésiter à en proposer l'ablation. De même, si la chéloïde est très volumineuse ou produit des démangeaisons et des douleurs, si elle a une tendance à l'envahissement, si elle menace de devenir le siège d'hémorrhagies ou devient gênante par un volume exagéré ou

par son siège, nous croyons qu'il y aura là des indications d'en pratiquer l'extirpation.

La possibilité et la facilité d'obtenir une réunion immédiate parfaite, pourraient être un encouragement à l'opération, mais rien de plus, car c'est là une pratique à laquelle il ne faut pas, en présence de chéloïdes, attacher trop d'importance.

Enfin, dans certaines circonstances, il n'y aura ni gêne, ni douleur, ni aucune des indications que nous avons signalées, et cependant il sera très difficile de ne pas intervenir ; c'est lorsqu'il s'agira de chéloïdes développées chez des femmes qui, ennuyées de porter une tumeur disgracieuse, viendront prier le médecin de les en débarrasser.

De même chez des enfants pour lesquels les parents réclameront une opération. Dans ces cas, nous pensons que l'intervention sera autorisée, à moins cependant de contre indication absolue.

Mais, dans tous les cas, on devra ne pas agir sans prévenir de la possibilité d'une récidive, non seulement pour dégager sa responsabilité, mais encore, et surtout, pour que l'opéré puisse, à la première menace de retour de la tumeur, venir réclamer de nouveaux soins.

Manuel opératoire. — Quoiqu'il soit le plus souvent fort simple, nous devons cependant dire quelques mots du manuel opératoire, car il présente quelques points sur lesquels on devra insister plus particulièrement.

La première indication sera de faire une antisepsie absolue, et aucune des précautions habituelles ne devra être négligée.

La partie sur laquelle devra porter l'opération sera soigneusement lavée à l'eau, au savon, à l'alcool, et finalement avec une solution antiseptique. Les instruments seront lavés dans l'eau bouillante et ensuite dans la solution phéniquée forte ; l'opérateur et ses aides plongeront leurs mains dans la même solution. Puis, le chloroforme ayant été administré au malade, on pourra procéder de la façon suivante : avec l'instrument tranchant, on circonscrira la tumeur par une incision passant à un centimètre au moins de ses bords, de façon à comprendre non seulement la chéloïde elle-même, mais encore une portion des tissus environnants ; puis on disséquera profondément le lambeau ainsi taillé en s'aidant pour cette dissection, soit du bistouri, soit du thermo-cautère, soit des ciseaux.

La plus grande préoccupation de l'opérateur devra être en pratiquant cette ablation, d'enlever complètement tout le tissu malade ; si la tumeur paraît bien isolée et sans prolongements, il n'en devra pas moins, par précaution, enlever les tissus voisins à une certaine distance ; il en sera de même du tissu cellulaire sous-jacent ; si, l'opération terminée, on reconnaissait qu'il subsiste encore quelque induration en un point de la plaie, alors on devrait, à tout prix, la détruire soit à l'aide du thermo-cautère ou mieux de la curette tranchante. Pour nous, en effet, la principale cause de la récidive résulte de ce que, dans le cours de l'opération, une partie de la tumeur a échappé à la destruction. Un fait qui nous paraît bien probant, à cet égard, est celui qui fera l'objet de notre observation XX ; nous voyons, en effet, chez la jeune fille dont il s'agit, qu'après les scarifications, une récidive a lieu en commen-

çant par deux points indurés que le traitement n'avait pas fait disparaître.

Aussi ne doit-on pas se préoccuper de la réunion immédiate. Si on peut la faire, toutes précautions ayant été bien prises, rien de mieux, et on la fera suivant les règles ordinaires ; mais si elle n'est pas possible, ce qui arrivera le plus communément, pour peu que la tumeur soit sessile ou présente un volume assez considérable, on pansera la plaie à plat avec le pansement de Lister ou un autre pansement antiseptique. D'ailleurs on pourra, dans les cas où la perte de substance sera considérable, aider à la cicatrisation et la rendre plus rapide par l'emploi des greffes épidermiques, comme l'a fait M. Verneuil.

L'opération faite, le chirurgien aura encore à surveiller la cicatrisation et à combattre la tendance à la récidive si elle se manifestait.

Si la réunion a été obtenue par première intention, et si la cicatrisation est complète, un emplâtre de Vigo, maintenu sur la cicatrice pendant quelque temps, sera le plus souvent suffisant. Mais, si la cicatrisation de la plaie est lente, et surtout s'il paraît y avoir une tendance à la récidive, c'est alors qu'on se trouvera bien, pendant toute sa durée, de l'emploi de la compression. C'est la pratique qu'ont suivie MM. Le Dentu et Monod dans les cas que nous avons cités, et nous avons constaté les bons effets que ces chirurgiens en ont retirés.

Quand on sera en présence de plaies petites, en partie cicatrisées, situées dans des régions comme celles du cou, par exemple, le collodion iodoformé nous paraît être le moyen de compression qu'il faudra employer. Dans un

cas comme celui de M. Le Dentu où les chéloïdes siègent au lobule de l'oreille, nous croyons que le moyen auquel il a eu recours sera fort utile. Mais s'il existait une vaste plaie, ayant des tendances à proliférer, et surtout si la région le permettait, l'appareil qui nous paraîtrait devoir donner les meilleurs résultats, serait le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin. Cet appareil, en effet, donne une compression douce, uniforme et continue, quoique énergique; de plus, il constitue un excellent pansement antiseptique. Il joint encore à ces qualités, celle d'être un fort bon appareil inamovible, ce qui le rend d'un grand secours dans des cas où on redouterait un tiraillement de la cicatrice, et la formation de brides pouvant, par la suite, amener une mauvaise position et même l'impotence d'un membre. Malheureusement, l'appareil de M. Guérin ne peut guère être considéré comme un appareil de compression, que s'il est appliqué sur les extrémités; et ce n'est que dans ces cas, qu'on retirera de grands avantages de son emploi.

Quel que soit le moyen employé pour exercer de la compression, on ne devra jamais laisser passer plus de quelques jours sans examiner la plaie, afin de pouvoir réprimer, à l'aide de la cautérisation au nitrate d'argent, les bourgeons charnus qui tendraient à proliférer et, dans le cas où une récidive se produirait, agir immédiatement contre elle à l'aide d'une autre méthode de traitement que nous allons étudier maintenant, celle des scarifications.

TRAITEMENT DES CHÉLOIDES PAR LES SCARIFICATIONS

Cette méthode de traitement des chéloïdes, de date

récente, est due à M. le Dr Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis quelques années déjà, M. Vidal appliquait les scarifications au traitement de différentes maladies de la peau, lorsqu'il fut conduit par le hasard à l'employer contre ces tumeurs. Nous laissons la parole au savant médecin de Saint-Louis qui, bien mieux que nous ne saurions le faire, expliquera la méthode et la façon dont il fut amené à l'employer. Le fragment que nous reproduisons est tiré de leçons faites par M. Vidal à l'hôpital Saint-Louis, recueillies et publiées par M. Brocq, interne des hôpitaux.

« L'application la plus paradoxale, sans contredit, de la méthode est celle que j'en ai faite au traitement de la chéloïde. Vous savez, messieurs, que ces productions morbides ont été considérées, jusqu'à ce jour, comme de véritables *noli me tangere* ; tout essai d'abrasion ou d'excision ayant presque toujours échoué, et ayant même eu pour résultat d'aggraver le mal, on ne s'occupait que de les protéger contre tout traumatisme.

Les scarifications étaient donc ce que l'on pouvait rêver de plus illogique.

Voici comment j'ai été conduit à le faire.

J'avais déjà donné mes soins à un malade, porteur d'une chéloïde fort douloureuse, et j'avais réussi à le délivrer de ses souffrances, en faisant des incisions multiples dans la production morbide, pour en couper les filets nerveux. Fort satisfait de ce résultat, je m'empressai de faire subir la même opération à une jeune fille atteinte d'une affection semblable.

Après deux scarifications, les douleurs avaient également disparu. Pour assurer la guérison j'en fis une troisième; mais, lorsque la malade revint six jours après, je fus frappé de voir que la tumeur avait manifestement diminué de volume; or, cette amélioration ne pouvait être attribuée qu'à mes scarifications, car on s'était abstenu de tout autre traitement. Il m'était, dès lors, indiqué de continuer à scarifier et j'eus le bonheur, mêlé d'étonnement, d'obtenir ainsi une guérison, une disparition totale de la production chéloïdienne. »

Le court fragment que nous venons de citer, renferme toute l'histoire du traitement que nous étudions. Nous avons pu, grâce à l'extrême obligeance de MM. les D[rs] Vidal et Brocq, réunir quelques observations de chéloïdes traitées par les scarifications; bien qu'incomplètes sur plusieurs points, ces observations sont très concluantes au point de vue du traitement.

La première a rapport à la jeune fille dont M. Vidal a parlé dans le fragment de leçon que nous avons cité.

Observation XX

(Communiquée par M. le D[r] Vidal).
Chéloïde traitée par les scarifications.

M[lle] X..., entrait à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Vidal, vers la fin de l'année 1879.

Elle portait un peu au-dessous et à droite de la fourchette du sternum, une chéloïde cicatricielle consécutive à une brûlure par l'essence minérale, et pour laquelle elle avait été traitée pendant plusieurs mois sans le moindre succès, par les douches et l'emplâtre de Vigo ; elle se plaignait, en outre, de douleurs lancinantes très vives développées dans sa tumeur. M. Vidal, dans le but de sectionner les filets nerveux de la peau, fit à deux reprises différentes et à huit jours d'in-

tervalle des scarifications quadrillées. Les douleurs cessèrent alors complètement. Après une troisième opération, la chéloïde fut trouvée moins dure et moins volumineuse; les incisions se circatrisaient sans laisser de traces.

4 février 1880. — La malade est parfaitement bien, elle a été scarifiée depuis 2 mois presque tous les huit jours ; actuellement sa chéloïde est très souple à la palpation, elle ne présente presque pas de différence avec les tissus voisins, cependant sa coloration est encore un peu plus brune et elle fait toujours saillie sous la peau.

Le traitement fut continué et graduellement la tumeur disparut. Au mois de mai 1880, après dix-huit séances de scarifications la malade fut montrée à M. le professeur Richet, la guérison était alors presque parfaite ; la cicatrice était rosée, souple, lisse, de belle apparence, sans le moindre relief. Elle contenait encore cependant, dans l'épaisseur du derme, deux petits nodules à peine appréciables et comparables pour leur forme et leur volume à deux petits grains d'avoine. Le traitement fut cessé. Mais au bout d'un temps assez long, la malade revint trouver M. Vidal, une récidive s'étant produite dans la moitié gauche de la tumeur, où se trouvaient les petits nodules que nous avons signalés. Dans l'autre moitié, la guérison s'était maintenue. Les scarifications furent reprises, et au mois de juin 1885, la tumeur avait considérablement diminué sous l'influence des scarifications faites par M. Brocq, suppléant M. Vidal. Mais, le traitement ayant dû être cessé pendant deux mois environ par suite d'une indisposition de la malade, la chéloïde recommença à augmenter.

31 décembre 1885. — M. Vidal veut bien nous présenter sa malade. Il a repris depuis quelques mois les scarifications, et la chéloïde a diminué de nouveau sensiblement. Dans la moitié droite, où la guérison s'est toujours maintenue, il n'existe qu'une petite cicatrice rosée, très souple, sans trace d'induration. La moitié gauche ne fait plus qu'une très légère saillie sur les parties voisines.

Observation XXI

(Chéloïde cicatricielle traitée par les scarifications).

M. Vidal présente à la Société de chirurgie (séance du 2 janvier

1881), un homme âgé de 48 ans, en voie de guérison d'une chéloïde cicatricielle traitée par les scarifications quadrillées. Développée en 1864, à la suite de frictions à l'huile de croton, cette chéloïde resta stationnaire pendant plusieurs années. Elle ne dépassait guère le volume d'un gros pois, lorsqu'il y a dix ans, en 1871, elle prit un accroissement rapide et atteignit en quelques mois à peu près les dimensions qu'elle a actuellement. Au mois de novembre dernier, lorsque le malade fut envoyé à M. Vidal, par son collègue de l'hôpital Saint-Louis, M. Le Dentu, la tumeur cicatricielle formait une sorte de bande saillante, coupant transversalement la région médiane du sternum, mesurant sept cent. de longueur sur deux cent. de largeur, et faisant au-dessus du niveau de la peau un relief de plus de trois millimètres. Elle était le siège de douleurs lancinantes superficielles très aigués, et sa sensibilité, au moindre contact, était telle, que le malade était obligé de l'abriter sous la concavité d'une sorte de petite cuirasse en fer blanc.

Les premières scarifications furent faites le 10 novembre 1880. Après deux séances de scarifications profondes et quadrillées, la chéloïde n'était plus douloureuse et commençait déjà à s'affaisser. Douze opérations, faites à huit jours d'intervalle, l'ont réduite à peu près au tiers de son volume primitif. La cicatrice est maintenant de niveau avec la peau. Les scarifications faites à environ deux mill. de distance, et à une profondeur de quatre à cinq mill. quadrillées, tantôt en carrés, tantôt en losanges, comme des hachures de dessin, ne laissent pas de traces cicatricielles.

Observation XXII

Chéloïdes cicatricielles traitées par les scarifications
(Communiquée par M. Vidal).

R. M..., 28 ans, ne présente aucun antécédent strumeux. L'affection actuelle a débuté, il y a trois ans, par une poussée d'acné au niveau de la région sternale. La malade a écorché quelques-uns de ces boutons et, au bout d'un mois environ, elle a remarqué qu'à ces

boutons succédaient des plaques dures, saillantes, d'une couleur rose foncé, non douloureuses, mais siège de vives démangeaisons. Plusieurs de ces plaques se sont rejointes et confondues en une seule. A son entrée dans le service de M. Vidal, vers la fin de 1878, on constate plusieurs chéloïdes à la partie supérieure de la poitrine.

Le traitement, immédiatement institué, fut les scarifications linéaires avec l'aiguille de M. Vidal. Suivi d'abord régulièrement (une scarification par semaine) pendant trois mois, le traitement fut abandonné par la malade pendant cinq mois, pour être repris depuis, mais irrégulièrement.

12 novembre 1879. — Actuellement les plaques sont notablement moins dures, moins saillantes; quelques-unes d'entr'elles semblent s'être étendues; aucune modification de coloration. Les bords des plaques surtout sont affaissés et ridés légèrement en plusieurs points.

Observation XXIII (Thèse de Delpech).

Chéloïdes spontanées traitées par les scarifications.

Le nommé X..., 28 ans, vit apparaître en 1877 sur le sternum, à quatre travers de doigt au dessous de la fourchette, deux petites tumeurs indolentes qui, en quatre ans, ont atteint le volume du pouce. Il y a trois mois environ, ces petites tumeurs sont devenues le siège de douleurs intolérables, le frottement exercé par les vêtements est devenu insupportable.

X... se présente à la consultation de M. Vidal, vers le milieu de septembre 1881. Après trois séances de scarifications faites à huit jours d'intervalle, les tumeurs ont à peu près disparu, c'est à peine si elles s'élèvent au-dessus du niveau des parties saines; le malade n'éprouve plus la moindre douleur.

Les deux faits qui suivent nous ont été communiqués par M. le D[r] Brocq.

Observation XXIV

Chéloïde traitée par les scarifications. Amélioration.

26 janvier 1886. — M. Brocq donne ses soins actuellement à un homme âgé de 50 ans environ, porteur d'une chéloïde située à la partie antérieure de la poitrine, à la partie inférieure du sternum. Cette tumeur présentait un volume considérable ; elle mesure encore à l'heure actuelle 10 centimètres dans le sens transversal sur 8 dans le sens longitudinal ; elle faisait, avant le traitement, un relief d'un cent. à un cent. et demi environ. sur les parties voisines ; elle était le siège de douleurs fort vives. Sous l'influence des scarifications, commencées depuis fort longtemps, les douleurs ont complètement disparu ; quant à la chéloïde elle-même, elle a diminué au moins des deux tiers, mais seulement dans le sens de l'épaisseur. En certains points de son étendue, la peau a repris sa souplesse normale ; vers la partie supérieure et gauche, bien que la saillie qu'elle fait en ce point, au-dessus des téguments, soit en ce moment à peine de 2 à 3 millimètres, son épaisseur réelle est encore d'un cent. environ, on s'en rend bien compte en faisant les scarifications.

Observation XXV

Chéloïde de la joue droite. Traitement par les scarifications.
Grande amélioration.

26 janvier 1886. — M. X..., âgé de 25 ans, ancien artilleur, vit se développer, il y a dix-huit mois, après une application de caustiques, dont la nature est inconnue, à sa joue droite, deux chéloïdes présentant chacune une étendue d'un cent. et demi à deux cent. environ dans le sens transversal, et d'un cent. dans le sens longitudinal. Ces deux tumeurs étaient séparées l'une de l'autre par un assez large intervalle de peau saine. M. Brocq, consulté, institua immédiatement le traitement par les scarifications ; et, au bout de onze séances régulièrement espacées à huit jours d'intervalle, il

eut la satisfaction de voir que la tumeur inférieure avait à peu près complètement disparu, et, qu'à la place de la tumeur supérieure, il ne restait qu'une très minime saillie formant une légère induration du tégument.

Cette quasi-guérison des chéloïdes par les scarifications est la première que nous ayons à enregistrer aussi complète, et il y a lieu de penser qu'elle sera définitive. Cependant, à cause de la date récente des dernières scarifications, M. Brocq pense que le pronostic doit être réservé.

Observation XXVI

Hôtel-Dieu. Service de M. le Dr Tillaux.
Chéloïde cicatricielle traitée par les scarifications.

J..., Firmin, 22 ans, maçon, se présente à l'Hôtel-Dieu le 20 novembre 1885 pour une tumeur qu'il présente au cou, du côté droit. Son père et sa mère, ainsi que ses huit frères, jouissent d'une bonne santé habituelle. Lui-même, à part l'affection qui l'amène à l'hôpital, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde il y a quelques années. On ne trouve dans ses antécédents aucune trace de scrofule.

Le début de son affection remonte à 18 ans. Il avait 4 ans, en effet, lorsqu'il eut, à la suite de la vaccination, un abcès siégeant à la partie latérale droite du cou. Cet abcès s'ouvrit spontanément et, sur la cicatrice qui résulta de cette ouverture, J... vit se former bientôt une petite tumeur, rouge, dure, du volume d'une noisette environ, pédiculée et très mobile. Elle fut enlevée deux ans après au moyen d'une ligature faite avec un fil de soie. Au bout d'un mois, une récidive avait lieu, et la nouvelle tumeur présentait rapidement un volume double environ de la première ; mais au lieu d'être pédiculée, rouge et globuleuse, elle prit l'aspect d'une plaque blanche, de consistance cartilagineuse. Elle resta stationnaire depuis cette époque. En 1879, J... vint à Paris et entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Richet qui enleva la tumeur avec le bistouri et fit la réunion immédiate. Vers le sixième jour après l'opération, dès que les fils

furent enlevés, les bords de la plaie s'écartèrent et une nouvelle récidive eut lieu, la tumeur présentant encore une augmentation de volume sur la précédente.

30 juin 1882. — Nouvelle ablation par M. le professeur Richet; réunion immédiate. Même marche que précédemment et commencement de récidive vers le sixième jour. La chéloïde continua à grossir pendant six mois et depuis resta stationnaire.

Le 25 janvier 1883, J... entra dans le service de M. Tillaux à l'Hôtel-Dieu, pour se faire opérer de nouveau. M. Tillaux s'y étant refusé, il sortit de l'Hôtel-Dieu. Le 8 avril suivant il se présenta à la consultation de M. Le Dentu, qui l'admit dans son service et institua immédiatement le traitement par les scarifications. Celles-ci furent pratiquées par M. Berthod, interne du service, sur la partie supérieure de la tumeur seulement. Rapide amélioration à la suite de ce traitement, qu'après quatre séances le malade interrompait lui-même. Il resta ainsi jusqu'au 20 novembre dernier ; et c'est à cette date qu'il se présenta de nouveau à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Tillaux, où nous le voyons le 14 décembre pour la première fois.

On constate, à la partie latérale droite du cou, une chéloïde plate s'étendant sur le trajet du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, du niveau de l'angle de la mâchoire inférieure et même un peu plus bas, jusqu'à l'apophyse mastoïde qu'elle recouvre en partie. Elle présente une longueur de 7 cent. environ sur une largeur de 4 cent. et fait un relief de 5 mil. au-dessus des parties voisines. La forme de cette tumeur est ovalaire, son aspect blanchâtre et nacré, sa consistance cartilagineuse. On peut, en la saisissant entre les doigts, la soulever et l'isoler des parties environnantes. La partie médiane est déprimée, de sorte qu'à la périphérie existe comme un bourrelet qui enveloppe le reste de la tumeur.

A la partie supérieure, ce bourrelet n'existe pas, et la tumeur se continue directement, par une sorte de plan incliné, avec une cicatrice rosée, souple, lisse, ne présentant pas la moindre trace d'induration, ayant une hauteur d'un travers de doigt au moins et offrant la même largeur que le reste de la chéloïde.

Cette cicatrice résulte de la destruction, à ce niveau, de la tumeur, à la suite des sacrifications faites à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis le 20 novembre M. Tillaux, qui a repris les sacrifications, en a fait à deux reprises différentes, mais seulement sur la moitié inférieure de la chéloïde.

14 décembre. — C'est la troisième séance. Bien que les sacrifications n'aient pas été faites régulièrement, le malade a remarqué que sa tumeur s'était notablement affaissée dans la partie scarifiée.

25. — La chéloïde est devenue souple ; on peut, en effet, la plier dans le sens de la longueur, ce qu'on n'avait pu faire jusque là. Elle a diminué d'épaisseur, surtout dans la partie médiane. Scarifications dans la moitié inférieure.

1er janvier 1886.— Depuis les dernières scarifications, la tumeur s'est encore légèrement affaissée ; mais l'amélioration est moins rapide qu'à la suite des premières.

14. — Pas de changement sensible depuis quinze jours.

19. — Pas de changement. — Scarifications profondes dans la partie inférieure. La cicatrice présente toujours les mêmes caractères à la partie supérieure où la guérison s'est maintenue.

Manuel opératoire. — Comme manuel opératoire, nous décrirons celui qu'emploie M. Vidal. Quoique peu compliqué, il présente cependant quelques points importants à noter.

Il n'est pas besoin de recourir, pour les scarifications, à l'anesthésie générale, et l'anesthésie locale suffit. Elle se fait avec l'appareil de Richardson, et M. Vidal conseille d'employer l'éther, de préférence au bromure de méthyle. L'anesthésie locale présente quelques inconvénients ; les hémorrhagies, en effet, sont plus abondantes et les douleurs plus vives après l'opération ; de plus, lorsque la tumeur est congelée, il est beaucoup plus difficile de sentir dans les parties profondes, la différence de consistance qui

existe entre les tissus sains et les tissus malades. Aussi MM. Vidal et Brocq recommandent-ils de ne pas, s'il est possible, y avoir recours.

Le choix de l'instrument n'est pas indifférent et M. Vidal préfère de beaucoup, au bistouri, un instrument spécial. C'est une lame mince, étroite, de deux cent. et demi de longueur sur deux mill. de largeur, se terminant par une pointe triangulaire à deux tranchants; cette lame est montée sur un manche analogue à celui des aiguilles à cataracte; on tient le manche comme une plume à écrire, sans raideur et sans le serrer entre les doigts. Cet instrument est beaucoup plus facile à manier que le bistouri pour faire les scarifications et il permet de les faire beaucoup plus vite. Les incisions doivent être faites très rapidement (surtout si on n'a pas recours à l'anesthésie) parallèles d'abord dans un sens, puis croisées par d'autres également parallèles entr'elles, obliques sur les premières et formant comme les hachures d'un dessin. On devra avoir un grand soin de dépasser largement les limites de la tumeur, et ne pas craindre d'aller trop loin en largeur et en profondeur.

Dans notre observation XXI, nous voyons en effet M. Vidal pénétrer jusqu'à 4 et 5 mill. de profondeur en scarifiant une chéloïde présentant une épaisseur de 3 mill. M. Brocq donne le conseil suivant, auquel il attache une grande importance : au début, lorsque la tumeur chéloïdienne présente un certain volume, il n'y a pas d'inconvénients à ce que les incisions soient espacées de quelques millimètres ; mais à mesure que le volume diminuera, on devra rapprocher les incisions de plus en plus, de

façon à ce que, lorsque la tumeur n'aura plus qu'une très petite surface, elles ne soient éloignées que d'un mill. à un mill. et demi. On obtiendra par cette conduite un résultat beaucoup plus rapide. Quant à M. Vidal, il espace les scarifications de trois à quatre millimètres quel que soit le volume de la chéloïde. L'hémorrhagie qui suit les scarifications est, en général, très peu abondante et il suffira le plus souvent, pour faire cesser l'écoulement du sang, d'appliquer sur la chéloïde un petit tampon de ouate qu'on maintiendra, en le comprimant, pendant quelques instants. Lorsque l'hémorrhagie a cessé, M. Vidal fait appliquer un emplâtre de Vigo qui doit être laissé dans l'intervalle des scarifications.

La façon dont agissent les scarifications est encore fort obscure, et sur ce point, on n'est pas plus avancé aujourd'hui, qu'au début de l'emploi de la méthode, lorsque M. Vidal disait dans la leçon dont nous avons déjà cité un fragment : « .... ce premier résultat si rapide (disparition de la douleur) est facile à comprendre, quand on « songe qu'on coupe les nerfs que compriment la production fibreuse ; mais, quant à la résolution même de la « tumeur, j'avoue ne pas me rendre compte de son méca- « nisme ; en ce point, la pratique a devancé la théorie. » M. Vidal a cherché une explication dans l'examen histologique, en procédant de la façon suivante : il divisa une chéloïde en cours de traitement par les scarifications, en petits cubes qu'il enleva avec la curette tranchante ; il en fit plusieurs coupes qu'il examina au microscope, sans que cet examen lui révélât rien qui pût le mettre sur la voie. La seule chose qu'il ait observée, c'est qu'à la suite des

scarifications, les chéloïdes devenaient plus riches en vaisseaux sanguins, sans trouver dans ce fait une explication satisfaisante de leur mode d'action. M. Le Dentu pense que c'est à la saignée locale, et souvent répétée, que l'on doit la résolution des tumeurs chéloïdiennes. Quoi qu'il en soit, les faits cliniques sont là pour montrer que la méthode de traitement des chéloïdes par les scarifications, est une bonne méthode qui mérite d'être employée.

Mais, à côté d'avantages indéniables, elle présente un inconvénient que nous devons signaler. Le reproche, à notre avis, le plus grave, qu'on puisse faire jusqu'ici à ce traitement, c'est sa longueur ; et, si nous n'avons pu reproduire qu'un seul cas où la guérison obtenue ait été à peu près complète, n'est-ce pas là qu'il faut en chercher la cause ? Les malades qui voudront se soumettre à un traitement long et régulier comme doit l'être celui-là, sont rares. De plus, les scarifications peuvent être interrompues par une circonstance fortuite, indépendante de la volonté du malade, et on perdra souvent alors, en peu de temps, tout le bénéfice qu'on avait retiré jusque là du traitement. C'est là ce que nous voyons se produire pour la jeune fille dont nous rapportons l'histoire dans notre observation XX ; au mois de juin 1885, en effet, à la suite d'une interruption dans les scarifications, ne constatons-nous pas une aggravation du mal dans un espace de deux mois ? Et, ce qui prouve bien que cette aggravation est due à la suspension du traitement, c'est qu'aussitôt qu'il a été repris d'une façon régulière, l'amélioration s'est produite de nouveau. Où cet inconvénient se fait le plus sentir, c'est lorsqu'on se trouve en présence de chéloïdes volumineuses qui

exigent naturellement un temps beaucoup plus long pour disparaître. Aussi M. Vidal pense-t-il, que les scarifications seront surtout efficaces, dans les cas où on aura affaire à des chéloïdes de petit volume, ne faisant qu'une saillie de quelques millimètres. Quant à celles de ces tumeurs dont le volume considérable exigerait un traitement fort long, il pense, d'accord avec M. Le Dentu, qu'il serait plus rationnel de commencer par les enlever, en surveillant très attentivement la récidive ; et, si elle se produisait, d'agir immédiatement contre elle à l'aide des scarifications. On aurait ainsi un double avantage : d'abord celui de pouvoir guérir radicalement et d'un seul coup la chéloïde, et ensuite, dans le cas où la récidive aurait lieu, de n'avoir à traiter qu'une tumeur beaucoup moins volumineuse que celle qu'on aurait enlevée, à condition, bien entendu, de commencer les scarifications dès le début de la récidive. C'est là une heureuse combinaison des traitements par l'ablation et par les scarifications, et nous pensons que cette dernière méthode devra être la seule à appliquer, dans les cas où une récidive suivrait l'extirpation.

On réserverait plus particulièrement, pour les traiter par les scarifications seules, les chéloïdes de petit volume, sessiles, peu saillantes, ou bien encore situées dans des parties découvertes comme la face. Les cicatrices que laissent après elles les scarifications sont, en effet, beaucoup moins apparentes que celles qui résultent de l'ablation, surtout si celle-ci n'a pas été suivie de réunion par première intention. C'est là une considération dont il faut tenir grand compte.

On retirera encore d'excellents effets de l'emploi des sca-

rifications contre les chéloïdes douloureuses, et les douleurs disparaîtront généralement après deux ou trois séances.

La question qui se pose maintenant, est celle qui est relative au pronostic ; et nous devons nous demander si la méthode que nous venons d'étudier met à l'abri des récidives. Il nous semble difficile de faire une réponse catégorique. Nous n'avons, en effet, qu'une seule observation de guérison à peu près complète de chéloïdes par les scarifications et elle est de date trop récente pour être absolument concluante à cet égard. Il résulte de ce que nous avons vu (observation XX) ceci, à savoir : que, la récidive paraissant avoir son point de départ dans une parcelle de tissu induré ayant échappé à la destruction, si la tumeur pouvait être détruite tout entière, la cause de la récidive serait écartée. Il en est des scarifications comme de l'extirpation ; celle-ci, en effet, agit en enlevant tout le tissu malade, celles-là en le détruisant sur place. Aussi, croyons-nous, que dans un cas la récidive pourra être évitée si on a enlevé tout le néoplasme, dans l'autre, elle le sera de même, si on l'a détruit en entier. Nous insisterons donc encore vivement sur ce point, qu'il faut dépasser les limites du tissu qui paraît malade, que l'on fasse des scarifications, ou que l'on pratique l'ablation ; la réussite du traitement ne sera qu'à ce prix. De plus, on devra toujours, dans le cas où on aurait fait l'extirpation ou des scarifications chez un malade scrofuleux ou syphilitique, instituer un traitement général rigoureux.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement médical est, le plus souvent, impuissant à guérir les chéloïdes, et même à calmer les douleurs qu'elles occasionnent ; il ne donnera de bons résultats, que dans les cas où ces tumeurs seront liées à un état général, contre lequel on pourra agir à l'aide d'un traitement approprié.

II. — L'extirpation, pratiquée largement et enlevant jusqu'à la dernière trace du néoplasme, nous paraît devoir être employée, de préférence à toutes les autres méthodes, sauf dans les cas où il existerait chez le malade une prédisposition toute spéciale pour ces tumeurs, et où l'état général serait défavorable. La compression, exercée pendant la période de cicatrisation, aidera puissamment à la guérison définitive.

III. — La méthode de traitement de M. Vidal, par les scarifications quadrillées, donne de très bons résultats. Son premier effet est de faire cesser rapidement les douleurs. Pour guérir les chéloïdes, les scarifications devront être faites régulièrement, à intervalles égaux, et continuées jusqu'à disparition complète du tissu induré.

IV. — C'est encore aux scarifications qu'on devrait avoir recours dans le cas où une récidive suivrait l'ablation ; et, c'est dès le début de cette récidive, qu'il faudra employer cette méthode.

BIBLIOGRAPHIE

Alibert. — Monographie des dermatoses, t. II, p. 203, 1832.
Hawkins. — Gazette méd., 1833, t. II, p. 71.
Rayer. — Maladies de la peau, 1835, t. II.
Letellier. — Bull. Ac. médec., 1836, t. II.
Gimelle. — Bullet. Acad. méd., 1843, t. VIII.
Velpeau. — Gaz. des hôpit., 1845, p. 229.
Cazenave. — Maladies de la peau, 1847.
Michon. — Du cancer cutané. Thèse de concours, 1848.
Warren. — Surgic. obs. on tumours, p. 22. Boston, 1848, traduct. de M. Peter.
E. Wilson. — Diseases of the skin., p. 326.
Follin. — Végétations des cicatrices. Gaz. hôp., 1849.
Firmin. — Thèse de Paris, 1850.
Cabot. — Améric. Journ. of méd. sciences. Boston, 1851.
Maubon..— Thèse de Paris, 1855.
Lhonneur. — Thèse de Paris, 1856.
Legouest. — Gaz. des hôp., 1858, p. 464.
Verneuil. — Gaz. des hôp., 1858, p. 475.
Gintrac. — Clinique int., t. V, 1859.
Bazin. — Rev. médic., 1857, t. I, p. 723.
Dict. encyc. des sciences méd., t. XV.
Hardy. — Maladies de la peau, 1860.
Nouv. dict. de méd. et chir. prat., t. XIX.
Hebra et Kaposi. — Mal. de la peau, trad. Doyon, 1874-78.
Liron. — Thèse de Paris, 1877.
Ory. — Société anatomique, 1875.
Delpech. — Thèse de Paris, 1881.
Vidal. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1881, 4 février.
Vidal et Brocq. — France médicale, 1881.
Schwimmer. — Annales de Dermat, 1882, p. 50.
Société de chirurgie (31 mai 1882).
Monod, Le Dentu, Le Fort, Verneuil, Reclus. — Société de chirurgie, 13 mai 1885.

Imprimerie de l'Ouest, A. NÉZAN, Mayenne.

Imprimerie des Écoles, Henri JOUVE, 23, rue Racine, Paris